

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1940

N°

THÈSE

POUR LE

132

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Guy, Pierre, Eugène, Louis FAUDOT dit BEL

Né le 2 Janvier 1912 à Paris

LE TRAITEMENT
DU PLACENTA PRÆVIA

Président : JEANNIN, Professeur

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince, VI^e

1940

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Guy, Pierre, Eugène, Louis FAUDOT dit BEL

Né le 2 Janvier 1912 à Paris

LE TRAITEMENT DU PLACENTA PRÆVIA

Président : JEANNIN, Professeur

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince, VI^e

1940

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
BARIETY Pathologie médicale.
BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin). Hydrologie.
BONNET Bactériologie.
BOULANGER .. Chimie.
BOULIN Pathologie médicale.
BROUET Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.
CACHERA Pathologie médicale.
CORDIER Anatomie.
COSTE Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger). Urologie.
DELARUE Anatomie pathologique.
DELAY Pathologie médicale.
DEGREZ (H.) .. Physique.
DESOILLE Médecine légale.
DIGONNET Obstétrique.
DOGNON Physique.
FEVRE Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgicale.
GALLIARD Parasitologie.
GARCIN Pathologie médicale.
M^{me} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pathologique.
GAYET Physiologie.
DE GENNES ... Pathologie médicale.

MM.

GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON Hygiène.
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOUL.. Obstétrique.
LAVIER Parasitologie.
LELONG Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LENEGRE Pathologie médicale.
M^{me} J. LEVY... Pharmacologie.
MARCHAL Pathologie médicale.
MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET Pathologie médicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
PATEL Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
RENARD Ophtalmologie.
RICHET Physiologie.
SENEQUE Pathologie chirurgicale.
SICARD Pathologie chirurgicale.
SOULIE Pathologie médicale.
SUREAU Obstétrique.
TURPIN Pathologie médicale.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.
GUENIOT Obstétrique.
HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ... Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
CHEVALLIER..		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES..	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET..	
HUGUENIN		MOURE	
LAROCHE (G.)..		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIEDELIEVRE..			
SEZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA VICTOIRE DE LA FRANCE

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur JEANNIN

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté

Accoucheur de la Clinique Tarnier

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

Avec l'expression de notre vive et respectueuse gratitude pour le très grand honneur qu'il nous a fait en voulant bien présider cette thèse.

A Monsieur J. BRET
Interne des Hôpitaux de Paris

qui a bien voulu nous aider de ses conseils

En témoignage de reconnaissance.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

En entreprenant ce travail, nous nous sommes proposés de faire un exposé général des diverses méthodes qui ont été préconisées pour le traitement du placenta praevia et d'en résumer brièvement les indications tout en cherchant à dégager les tendances qui se manifestent à l'heure actuelle dans l'orientation de ce traitement.

Le placenta praevia ou insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur reste toujours une complication justement redoutée en obstétrique en raison de sa fréquence, que rien ne peut diminuer, de son insidiosité, de son pronostic obscur. On prête à Paul Dubois ces paroles : « Si quelque chose devait me faire renoncer à la pratique des accouchements ce serait la crainte que m'inspirent les hémorragies par insertion vicieuse. »

Le placenta praevia n'est pas seulement redoutable par ses hémorragies qui en sont la principale manifestation clinique, mais encore par les difficultés qu'il entraîne le plus souvent au cours de l'accouchement. En outre, l'infection à des degrés divers est quasi constante et le traitement doit en tenir compte. Enfin, l'insertion vicieuse du placenta s'accompagne souvent de dystocies osseuse, fœtale ou tumorale, autant de facteurs qui assombrissent encore le pronostic et compliquent le traitement.

Les méthodes de traitement du placenta praevia sont nombreuses, tant obstétricales que chirurgicales, et ont

toutes données des résultats variables, tantôt bons, tantôt mauvais. La diversité de ces méthodes et de leurs résultats montre bien qu'il n'existe pas, pour ce genre d'accident, une conduite bien nette et déterminée à suivre dans tous les cas. Il s'agit avant tout de cas d'espèce et à chaque cas doit correspondre une conduite thérapeutique différente.

Dans un but de simplification, nous limiterons ce travail à l'étude du traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta pendant les trois derniers mois de la grossesse et au cours du travail, à l'exclusion de celles du début de la grossesse et de la délivrance.

CHAPITRE PREMIER

LES MÉTHODES ET LEURS INDICATIONS

Nous ne reviendrons pas sur l'historique du traitement du placenta praevia, déjà longuement étudié par différents auteurs, et en particulier si bien développé par Desoubry dans sa thèse en 1925. Nous rappellerons seulement que l'évolution du traitement a été fondée sur la régression des mortalités maternelles et fœtales. Si certaines méthodes sont actuellement abandonnées, c'est qu'elles compromettaient gravement la vie de la mère sans sauvegarder celle de l'enfant. Quant au traitement chirurgical, il a pu avoir sa raison d'être dans l'amélioration considérable qu'il apportait au pronostic fœtal.

Mais avant de décrire ces méthodes, il importe d'établir une distinction entre les différents types anatomiques d'insertion basse du placenta. Classiquement, on envisageait trois variétés principales d'insertion vicieuse sur le segment inférieur : insertion centrales, latérales et marginales. Nous préférons la division de Couvelaire qui envisage deux variétés essentielles : placentas recouvrants et placentas latéro-marginaux. Ces deux formes comportent des pronostics différents et sont justiciables de traitements différents. Si l'accord se trouve fait, actuellement, pour le traitement de placenta central ou

recouvrant, il est loin d'en être de même dans les variétés latéro-marginales.

L'ensemble des méthodes peut être divisé en : méthodes obstétricales, méthodes chirurgicales.

LES MÉTHODES OBSTÉTRICALES

Elles ont été longtemps seules employées. Certaines d'entre elles ne présentent plus qu'un intérêt historique, telles : l'accouchement forcé d'Ambroise-Paré; les divers procédés tant instrumentaux que manuels de dilatation artificielle et rapide du col; la méthode de Barnes (décollement du placenta avant extraction de l'enfant) ou celle de Simpson (extraction du placenta précédant celle de l'enfant); le temponnement serré de Leroux. Tous ces procédés, dangereux à des titres divers pour la vie de la mère et celle de l'enfant, ne sont plus de mises à l'heure actuelle où l'on possède de meilleures méthodes.

— La rupture des membranes, préconisée par Pinard d'après le principe établi par Puzos, doit tenir une place importante dans cette étude, car elle constitue un procédé de choix et a pu être justement considérée comme la clef de voûte du traitement du placenta praevia. Nous dirons tout de suite qu'elle est une méthode simple et efficace, admise par tous, dans les formes bénignes.

Par contre, dans les formes graves, elle ne peut s'appliquer à tous les cas. Il faut que les membranes soient

accessibles. C'est dire que toutes les variétés d'insertion basse ne pourront en bénéficier : en particulier les variétés centrales ou recouvrantes où le placenta s'étend sur tout l'orifice cervical et ne laisse en aucun point d'accès vers les membranes. Bien plus, par cette manœuvre, en cas d'insertion centrale, on s'exposerait à un décollement du placenta et à provoquer ainsi une recrudescence grave de l'hémorragie.

Pour bien comprendre le principe de cette méthode, il faut rappeler brièvement le mécanisme des hémorragies du placenta praevia. Plusieurs théories cherchent à l'expliquer. Pour certains, elles seraient dues au tiraillement des membranes qui se produit au moment du travail par suite du décollement du pôle inférieur de l'œufet de l'insertion basse du chorion placentaire. Si les membranes sont résistantes, le placenta est tirillé, il se décolle et saigne. Lorsque les membranes se rompent, au contraire, grâce à leur inégale résistance, l'hémorragie s'arrête. En effet, c'est un fait anciennement connu que : « Toute femme qui perd de l'eau ne perd pas de sang. »

Le mérite de Pinard a été de substituer à l'ancien procédé de ponction des membranes la rupture large capable de supprimer les tiraillements et, par là, d'arrêter l'hémorragie. La technique en est très simple. A l'aide d'une pince, au moment d'une contraction, si la femme est en travail ou même en l'absence de tout travail, on va pratiquer cette rupture qui doit être aussi étendue que possible.

Mais une difficulté peut se présenter lorsqu'il s'agit d'atteindre les membranes. Nous avons vu que dans la variété centrale d'insertion, il était impossible de recourir à cette méthode. Mais en pratique, il peut être très difficile d'apprécier à quelle variété d'insertion on a à faire. Le toucher peut ne pas renseigner exactement, certaines variétés latéro-marginales pouvant en imposer pour une insertion centrale.

Pendant, dans le cas général, les membranes sont assez facilement accessibles en avant, sous la symphyse pubienne, et c'est là qu'il faut chercher à les rompre.

Cette manœuvre devra être pratiquée avec une asepsie rigoureuse afin de ménager la possibilité d'une action chirurgicale ultérieure, qui peut devenir nécessaire en cas d'échec ou d'infection consécutive. De plus, il faudra s'entourer d'une extrême prudence dans la pratique des touchers ou de la rupture pour éviter d'augmenter le décollement placentaire ou de traumatiser le col.

Généralement, après la rupture des membranes, l'hémorragie s'arrête et le travail ne tarde pas à se déclencher. Si la rupture a été suffisante, l'hémorragie n'aura plus tendance à se reproduire et l'accouchement suivra une marche normale.

Cette méthode comporte un bon pronostic maternel puisque la mortalité, d'après une statistique récente, n'y serait que de 2,5 %. Quant à la mortalité fœtale, elle atteint 35 % environ.

La rupture large des membranes n'est malheureusement pas toujours suffisante. Notamment en dehors des contractions du travail, cette simple et élégante ma-

nœuvre peut perdre toute son efficacité. Et même au cours du travail, s'il existe une dystocie osseuse ou tumorale associée qui empêche la présentation de s'adapter étroitement au segment inférieur, la rupture des membranes n'apportera pas de remède à l'hémorragie.

— Le ballon de Champetiers de Ribes peut être utilisé, parfois, dans le traitement du placenta praevia. Il permet, en effet, de compléter la dilatation, si celle-ci est insuffisante, ou de la faire si elle ne se fait pas. Ce peut être un excellent agent d'hémostase, car son application entraîne la compression directe de la moitié du placenta.

Mais en contre-partie de ses avantages il faut penser à la difficulté de sa pose qui peut entraîner une recrudescence grave de l'hémorragie. Certains inconvénients viennent de sa fragilité, de sa conservation toujours délicate. Son emploi entraîne la mort du fœtus dans un très grand nombre de cas : 62 % environ, la mortalité maternelle pouvant atteindre 8 %.

Pour son application, il faut tenir compte, en outre, dans une très large mesure, de l'état du col. Il est incontestablement plus indiqué chez une multipare à col souple, facilement dilatable. De même, il sera d'un certain secours en cas de fœtus mort ou non viable.

Mais ce procédé ne constitue pas une méthode parfaite de traitement et on a tendance à l'employer moins à l'heure actuelle en raison de son inefficacité parfois, des dangers d'infection dus à la difficulté de sa stérilisation et aux manœuvres nécessitées par sa pose, de l'obligation de le laisser longtemps in utero. Enfin, il peut provoquer une déchirure du segment inférieur.

— La version par manœuvres mixtes de Braxton-Hicks, abaissement d'un pied avec extraction différée, lorsque la dilatation est peu avancée, a donné des résultats intéressants car elle favorise l'hémostase et produit une dilatation lente du col. Mais elle s'accompagne trop souvent de mort fœtale in utero ou d'infection. Elle comporte un pronostic assez sombre, en raison d'une mortalité maternelle qui peut atteindre 13 % et d'une mortalité fœtale très élevée : 70 à 80 %, d'après une statistique récente. Elle ne met pas à l'abri des ruptures utérines. Cependant, elle constitue une bonne technique en cas de placenta marginal et de dilatation suffisante (2 fr.).

— La version extractive, lorsque la dilation est suffisante, peut être une excellente technique quand il y a des indications rigoureuses. Elle comporte cependant des dangers sérieux pour le fœtus et la mortalité fœtale y atteint 61 %, la mortalité maternelle étant de 13 %.

— La méthode de Delmas a également ses indications, tirées de : « La passive souplesse qu'elle confère au col et au segment inférieur, qui atténue les inconvénients de leur brusque distension. » Mais il ne faut pas oublier que la rachi-anesthésie s'accompagne trop souvent d'accidents d'hypotension, d'autant plus à craindre qu'on se trouve en présence d'une femme déjà affaiblie par une hémorragie plus ou moins abondante. D'autre part, ce procédé n'exclue pas la possibilité de déchirures utérines. Il comporte une mortalité maternelle de 10 %, une mortalité fœtale de 51 %, en raison des traumatismes d'extraction subis par l'enfant. On ne saurait l'employer qu'en cas de dilatation assez avancée. « Elle peut être

d'un utile secours lorsque le praticien, privé d'assistance, est contraint d'intervenir coûte que coûte, et se trouve, par les circonstances, obligé de limiter son action à l'emploi des moyens obstétricaux. »

— Nous ne ferons que mentionner la méthode préconisée par Willet en 1925 et qui n'est pas employée en France. Son but serait d'éviter les difficultés de la version et d'assurer l'hémostase en appliquant la présentation sur le segment inférieur. Willet a proposé de mettre sur le cuir chevelu du fœtus deux pinces de Museux et, par le moyen d'un lacs, d'exercer une traction continue qui a tôt fait de provoquer la dilatation et par là même d'assurer l'hémostase. Les lésions ainsi produites au niveau du cuir chevelu seraient bénignes et guériraient rapidement. Les indications de cette méthode pourraient être très étendues. Cependant, on ne saurait l'employer en cas d'insertion centrale ou recouvrante ou de coexistence d'un rétrécissement pelvien.

Couvellaire a objecté à cette méthode qu'appliquée à l'enfant vivant et viable, elle paraissait d'une « inutile brutalité » et que dans les cas où elle serait techniquement applicable, elle ne saurait donner de meilleurs résultats que le « ballon incompressible, excitateur et dilateur de Champetiers de Ribes ».

En résumé de ces différentes manœuvres par les voies naturelles, l'une d'elles mérite de rester au premier rang, c'est la rupture large des membranes. Les autres procédés, en raison des dangers et inconvénients qu'ils comportent pour la mère et le fœtus, doivent être envisagés comme des moyens de fortune ou d'urgence.

LES MÉTHODES CHIRURGICALES

Le traitement chirurgical de l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur : « est né de l'insuffisance dans les cas graves des méthodes obstétricales, dont les résultats, presque toujours désastreux pour les enfants, restent mauvais pour les mères » (Paucot et Reeb).

Son but est de supprimer les lenteurs du travail. D'autre part, il peut être mis en œuvre à tout moment de la grossesse ou du travail. Grâce à lui, la femme se trouve souvent préservée du danger des hémorragies, de la rupture cervico-segmentaire, de l'infection. De plus, il abaisse dans des proportions considérables le taux de la mortalité fœtale.

Mais pour contrebalancer ces avantages indiscutables, le traitement chirurgical ne comporte-t-il pas des risques sérieux : risques opératoires, danger immédiat d'infection péritonéale, danger tardif de rupture utérine sur cicatrice à une grossesse ultérieure ?

Pratiqué d'abord à l'étranger, le traitement chirurgical a été introduit très tard en France. Dans leur rapport au VIII^e Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, MM. Paucot et Reeb ont décrit les multiples avantages de ce traitement et en ont précisé les indications.

Il permet de faire l'hémostase à la vue, de pratiquer une injection d'hypophyse dans la plaie qui saigne, d'assurer de meilleures conditions pour la pratique

éventuelle de l'hystérectomie. En outre, la survivance fœtale est plus fréquente. En effet, la mortalité fœtale n'atteint que 11 %.

Quelle technique va-t-on employer? Il y a une dizaine d'années, on pratiquait surtout la césarienne corporéale classique ou l'hystérotomie vaginale.

La césarienne vaginale a donné peu de résultats favorables et n'est guère employée actuellement. Cependant, elle peut trouver son indication dans quelques cas bien définis, lorsque le segment inférieur est bien constitué, que le fœtus est petit.

A l'heure actuelle, on utilise surtout la césarienne basse ou hystérotomie du segment inférieur, dont l'avantage est d'assurer une couverture péritonéale qui éloigne, sans toutefois les éliminer complètement, les risques d'infection. En pratique, celle-ci s'est révélée comme le plus sûr moyen de combattre les hémorragies. Réservée aux cas les plus graves, elle donne seulement une mortalité maternelle de 4,33 % et améliore considérablement le pronostic fœtal.

Ses indications ne se discutent plus dans l'insertion centrale ou recouvrante du placenta où la césarienne basse s'impose d'emblée. Dans les autres variétés d'insertion, son emploi sera fondé sur un certain nombre de facteurs :

— échec des méthodes obstétricales, d'abord employées;

— hémorragie persistante malgré la rupture des membranes;

— coexistence d'une dystocie osseuse, fœtale ou tumorale.

En effet : « Toute dystocie associée au placenta praevia commande le traitement chirurgical ». Ce sont même des cas de placenta praevia, associés à des dystocies complexes, qui furent les premiers traités chirurgicalement en France. Parmi ces dystocies, la présentation de l'épaule est une des plus fréquentes que l'on rencontre, associée au placenta praevia.

Le traitement chirurgical doit encore tenir compte de l'état général de la femme, de l'état du col. En effet, la longueur, la perméabilité, le degré de souplesse du col, à égale intensité d'hémorragie, ont une influence sur le choix du traitement.

Par contre, la césarienne basse est à proscrire en cas d'infection utérine grave ou bien alors, elle sera suivie immédiatement d'hystérectomie.

Mais que faire dans des cas simplement suspects d'infection légère? L'interprétation clinique de ces cas et la décision clinique qui en découle reste toujours subjective. « Audaces ou prudences opératoires dépendent de l'accoucheur, de la qualité de ceux qui pratiquèrent les examens antérieurs, du milieu, du passé obstétrical de la femme. On sera moins conservateur chez une grande multipare. »

Ce que l'on peut dire, d'après les résultats de l'expérience, c'est que les cas suspects d'impuretés ne sont pas justiciables d'opérations mutilatrices systématiques, mais seront toujours des sujets d'inquiétudes.

— Une statistique récente, pratiquée à l'étranger et réunissant 47.828 cas de placenta praevia, les groupe en deux parties au point de vue des résultats thérapeutiques : avant 1922 et depuis cette date. Elle montre que

depuis 1922 la mortalité a légèrement diminuée. L'auteur attribue ce fait à une meilleure technique, au diagnostic plus précoce, aux progrès de l'anesthésie, enfin à l'emploi de la transfusion sanguine, dont nous parlerons plus loin.

Pendant cette période, la proportion des césariennes a augmenté et le taux de la mortalité se montre constamment inférieur aux résultats obtenus dans l'accouchement par les voies naturelles.

D'après cette statistique, les chiffres plaideraient plutôt en faveur du traitement chirurgical et pour celui-ci en faveur de la césarienne basse. Est-ce penser qu'il faille renoncer au traitement obstétrical? Nous ne l'envisageons pas ainsi, car chacune de ces méthodes correspondent, en pratique, à des indications différentes et rigoureuses.

CHAPITRE II

CONDUITE A TENIR

Nous avons passé en revue, dans un précédent chapitre, les méthodes qui sont le plus employées actuellement pour le traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta.

Mais à quel procédé doit-on faire appel de préférence? Doit-on être systématique dans l'application de ces méthodes?

Nous disons avec MM. Paucot et Reeb qu' : « il n'est pas possible actuellement d'envisager un seul et unique traitement des hémorragies par insertion basse. Il faut être éclectique et recourir après analyse clinique approfondie au traitement qui convient le mieux à chaque cas : tantôt obstétrical, tantôt chirurgical, ce dernier devant suivre l'échec du premier. »

Il faut donc être éclectique. Chaque méthode a ses indications particulières, et, à chaque stade déterminé de l'état puerpéral, chaque intervention a plus de chance de succès qu'une autre.

Mais sur quels éléments peut-on se baser pour faire choix d'un traitement?

A ce point de vue, il y a lieu d'envisager d'abord « l'urgence que crée l'abondance de l'hémorragie ou la gravité de l'état d'anémie aiguë de la femme ainsi que la viabilité de l'enfant ».

Il est certain que la conduite à tenir doit se fonder sur les caractères de l'hémorragie : son abondance, sa répétition, le degré d'anémie qu'elle a provoqué chez la femme. Elle doit tenir compte, en outre, de multiples facteurs parmi lesquels le milieu tient une place importante. On a dit qu'il était désirable que toute femme qui saigne puisse être hospitalisée au même titre qu'une grosse tubaire rompue, une appendicite aiguë ou toute autre urgence.

Donc, d'emblée, chaque fois qu'il sera possible de le faire la femme devra être admise en clinique ou à l'hôpital.

D'autre part, il faut évidemment tenir compte de l'époque à laquelle surviennent les accidents : plus ou moins près du terme de la grossesse, pendant le travail. La parité de la femme, l'état du col, la coexistence possible d'une dystocie pelvienne, d'une tumeur praevia, enfin la viabilité de l'enfant sont autant d'éléments importants à considérer pour le choix d'un traitement. Il ne faut pas négliger non plus un facteur personnel dépendant des préférences particulières, de la tendance chirurgicale ou obstétricale de l'accoucheur. Ces deux tendances se sont manifestées tout au long du rapport des discussions du dernier Congrès de Gynécologie et Obstétrique.

En fait, nous l'avons déjà vu, le traitement doit être éclectique. Nous allons chercher à schématiser, d'après

les tendances actuelles, la conduite à tenir en présence d'un placenta praevia aux divers stades de la grossesse et du travail.

En laissant délibérément de côté les hémorragies des premiers mois, nous envisagerons celles qui se produisent pendant les trois derniers mois, en dehors du travail, dont le caractère essentiel est d'être des hémorragies se manifestant par à-coup et guérissant spontanément, dans la majorité des cas. Souvent, ce sera une hémorragie abondante, unique, non douloureuse, ne constituant guère un danger par elle-même. Sa gravité est liée surtout à sa répétition. Toute femme enceinte qui saigne doit être mise au repos, surveillée tant du point de vue clinique par l'étude attentive du pouls, de la tension artérielle, des signes généraux, que du point de vue humoral : numération globulaire, formule sanguine, dosage de l'hémoglobine, qui permettront de suivre et d'évaluer le degré d'anémie.

Si l'anémie est importante, on pourra être amené à envisager l'interruption de la grossesse. De même, devant l'apparition et la persistance de phénomènes subfébriles ou d'un pouls accéléré d'une façon permanente à 100. Ce sont là des faits exceptionnels. Dans ces cas, on aurait recours, de préférence, à la méthode obstétricale. On pratiquera la rupture large des membranes qui, si la grossesse est près du terme, doit permettre au travail de se déclencher. Mais à une période moins avancée, le travail peut ne pas suivre la rupture des membranes. On peut utiliser alors le ballon de Champetiers de Ribes ou tenter la manœuvre de Braxton-Hicks, car jusqu'à huit mois un enfant de placenta praevia peut être considéré comme non viable.

Mais si, par exception, les membranes n'avaient pu être atteintes, il faudrait recourir alors au traitement chirurgical : césarienne ou hystérectomie, suivant les cas.

Pendant le travail se produisent les hémorragies les plus redoutables. Il faut savoir qu'elles n'ont aucune tendance à s'arrêter spontanément en raison du dynamisme utérin qui, par son action constante, les aggrave. Aussi, la notion du traitement actif, qui était exceptionnel pendant la gestation, devient-elle la règle.

En ce cas, la conduite à tenir différera suivant la variété d'insertion du placenta sur le segment inférieur.

Nous avons dit déjà qu'en présence d'une insertion centrale ou recouvrante, la discussion n'était pas admise et que la césarienne basse s'imposait d'emblée. Cependant, la grande difficulté en ce cas est d'être bien certain que l'on se trouve effectivement en présence d'une variété centrale.

Rappelons que la rupture des membranes doit se faire sous le contrôle de la vue, avec l'aide de valves. Certaines variétés de placenta ne sont qu'apparemment recouvrantes, une languette de placenta vient faire hernie dans l'orifice cervical.

Mais l'expérience ne montre-t-elle pas que dans la majorité des cas, en passant au-dessus de la lèvre antérieure du col, on arrive à atteindre quelques membranes rugueuses qu'on tâchera de rompre soit avec une pince, soit par toucher manuel profond. En fait, la variété dite centrale est exceptionnelle.

Pour les autres variétés, il faudra se fonder avec certitude sur l'abondance de l'hémorragie et sur la « tolérance présumée de la parturiente à de nouvelles spoliations sanguines ». Mais aussi apprécier très exactement l'état du col : Souplesse et dilatation. Il s'agit, en effet, d'obtenir une dilatation complète du col dans le minimum de temps afin de pouvoir évacuer l'utérus le plus vite possible et sans danger. Les éléments qui permettent de préjuger de l'état de dilatabilité du col seront : l'appréciation exacte du travail déjà effectué (ne pas prendre pour un col effacé et dilaté une simple déhiscence, si large soit-elle), l'intégrité anatomique; s'il existe des lésions anciennes, elles peuvent être la cause de ruptures secondaires en cas de dilatation artificielle;

— l'absence d'anomalies fonctionnelles apparues au cours du travail, d'ailleurs fréquentes;

— l'état de parité et l'âge de la femme.

— Dans la grande majorité des cas (65 % environ) et lorsqu'on se trouve dans des conditions de choix : femme à l'hôpital, la rupture large des membranes suffit à arrêter l'hémorragie. Elle peut être suivie d'engagement et d'accouchement spontané. Ou bien, un forceps dans l'excavation permettra de terminer rapidement le travail, mère et fœtus vivants.

Si l'hémorragie n'a pas cessé après la rupture des membranes, la pose d'un ballon ou la manœuvre de Braxton-Hicks pourront réaliser l'hémostase et accélérer le travail. Mais ces manœuvres s'accompagnent de

souffrance fœtale et aboutissent à la mort de l'enfant huit fois sur dix.

Si la dilatation ne se fait pas après la pose du ballon par contracture ou infection possible, ce stade ultime répond à l'échec total du traitement obstétrical.

En résumé, ce traitement suppose : des membranes accessibles, une présentation longitudinale, un bassin non rétréci, l'absence de tumeur *prævia*.

Dans les cas contraires : dystocie associée, pelvienne ou fœtale, mauvais état du col, il faudra pratiquer une césarienne qui sera plus souvent mutilatrice que conservatrice en raison des possibilités d'infection ultérieure.

— Mais lorsqu'on se trouve dans des conditions défavorables : Femme éloignée de tout centre obstétrical, difficultés ou impossibilité de transport, la conduite à tenir doit être très différente : on peut alors sauver la mère, on ne peut rien pour sauver la vie de l'enfant. La rupture des membranes étant pratiquée en premier lieu, si elle n'a pas suffi à arrêter l'hémorragie, sera suivie d'une version par le procédé de Braxton-Hicks, si la dilatation est de 2 francs ou même de décollement du placenta suivant la méthode de Simpson.

Si ces différentes manœuvres échouent, à la rigueur, pourra-t-on pratiquer le tamponnement séké de Leroux, ou la compression de l'aorte abdominale. On a même recommandé dans ce cas la forcipressure des utérines pour

permettre le transport de la femme. Et quand on arrive dans un centre chirurgical ou obstétrical bien organisé, l'enfant est le plus souvent mort, l'infection plus manifeste et le seul traitement qui permet d'assurer la guérison à peu près sûr est l'Hystérectomie en bloc.

CHAPITRE III

LE TRAITEMENT MÉDICAL

Mais à tous les stades de la grossesse ou du travail l'action du traitement local du placenta praevia sera heureusement complétée par le traitement médical qui se propose un double but : lutter contre l'anémie due à l'hémorragie, d'une part, lutter contre l'infection qui existe toujours, aussi latente soit-elle, d'autre part.

L'étude statistique des causes de décès maternels est instructive à cet égard, en montrant qu'en cas de placenta praevia, l'anémie aiguë intervient pour plus de la moitié des cas. Elle constitue, donc, un danger capital que les procédés obstétricaux ne peuvent pas toujours combattre efficacement. L'infection intervient ensuite comme cause de décès encore importante.

La lutte contre l'anémie consécutive aux hémorragies par insertion vicieuse de placenta, se fera par les moyens mis en œuvre habituellement. Cependant, il est intéressant de faire une distinction entre l'hémorragie abondante, massive, mais unique (celle du travail, par exemple), et les hémorragies fractionnées, peu abondantes, mais à répétition, qui ne réalisent pas le même type d'anémie et dont le traitement diffère un peu.

Il importe de se rendre compte du degré d'anémie atteint par la femme en pratiquant des numérations globulaires répétées ainsi que des dosages du taux de l'hémoglobine. D'autres examens ont pu être recommandés. Cliniquement la prise du pouls et de la tension artérielle donneront également des renseignements intéressants.

En cas d'anémie légère, le repos, l'administration de substances hémostatiques, la réparation des pertes sanguines par la sérothérapie artificielle et l'emploi de la méthode de Wipple-Castle, suffiront le plus souvent.

En cas d'anémie aiguë importante de la gestation ou du travail, la transfusion sanguine rendra d'incontestables services. On pourra utiliser la transfusion avant d'entreprendre toute intervention, s'il y a déjà une anémie marquée et on l'utilisera également dans les suites opératoires si la malade ne se remonte pas immédiatement.

La transfusion sanguine présente en effet non seulement l'avantage de combattre les risques de mort, liés à la spoliation sanguine, mais également d'augmenter les défenses de l'organisme et de diminuer considérablement les risques d'infection ultérieure.

Mais faut-il pratiquer une transfusion massive ou bien est-il préférable de ne faire que des transfusions de faibles quantités mais renouvelées à plusieurs reprises?

L'expérience a montré qu'il importe souvent de remplacer quantité pour quantité la masse de sang perdue afin d'obtenir un état d'équilibre stable. Donc, en pré-

sence d'une hémorragie importante et massive on pratiquera de préférence une transfusion sanguine de même importance, car, comme l'ont fait si justement remarqué MM. Lévy-Solal et Tzanck, dans les hémorragies obstétricales : « L'hémostase n'est jamais aussi complète que dans les hémorragies chirurgicales et elle peut ne pas être durable. »

On fera une transfusion de sang frais ou une perfusion de sang conservé, suivant les possibilités.

La sérothérapie artificielle, quantité pour quantité, peut également être utilisée pour une hémorragie abondante et unique.

Lorsqu'il s'agit d'hémorragies peu abondantes mais répétées à des intervalles plus ou moins rapprochés, la transfusion sanguine jouera un rôle important car la perte de globules rouges est souvent alors plus abondante. Il faut remplacer quantitativement mais encore surtout qualitativement la masse de sang perdue. Dans cette éventualité, la sérothérapie n'aboutit qu'à une dilution du sang et a moins de chance de succès. Aussi, pratique-t-on en général des petites transfusions de deux cents à trois cents grammes, à plusieurs reprises.

La transfusion sanguine est donc appelée à jouer un rôle de plus en plus important dans le traitement du placenta praevia. Cependant elle n'est pas praticable dans toutes les conditions. Pourtant, un très grand effort de réalisation est fait actuellement en ce sens et il existe maintenant un peu partout une véritable organi-

sation de transfusion sanguine, dans un grand nombre d'hôpitaux et de cliniques.

Le traitement médical permettra de lutter contre les risques d'infection par l'emploi préventif des sulfamides et des procédés utilisés habituellement.

On a recommandé également la pratique des immuno-transfusions en pareil cas.

CONCLUSION

1° De toutes les méthodes employées pour le traitement du placenta praevia, deux sont particulièrement à mettre en évidence : la rupture large des membranes, pour les méthodes obstétricales, la césarienne basse, pour les méthodes chirurgicales. Au cours de ce travail, nous avons vu que chacun de ces procédés avait ses indications particulières et bien définies. Il nous semble que l'on puisse dire avec MM. Paucot et Reeb :

« Les hémorragies par insertion basse du placenta ne sauraient justifier la pratique systématique des méthodes chirurgicales. Elles restent en majorité justiciables de la rupture large des membranes, car dans la mesure où cette méthode donne des résultats supérieurs pour les mères, nous n'avons pas le droit de l'abandonner dans le seul but de sauver l'enfant. En dehors de cette intervention, et quand elle reste inefficace, la césarienne basse est alors le procédé de choix, car elle sauvegarde la vie de la mère et s'affirme franchement très supérieure à tout autre traitement pour le salut de l'enfant. »

2° La conduite à tenir, en cas de placenta praevia, peut schématiquement, se rapporter à deux cas principaux :

a) Si l'on se trouve en présence d'une :

— présentation longitudinale,

— avec bassin normal et

— dilatation ou perméabilité correspondant à 2 fs,
la Rupture large des membranes est alors la grande
méthode de traitement qui donne la plupart du temps,
les résultats les meilleurs.

b) Au contraire, s'il existe :

— un obstacle pelvien,

— une présentation anormale, à laquelle le placenta
praevia peut prédisposer,

— une insertion centrale,

la rupture large des membranes est impossible à prati-
quer, la césarienne basse est alors le procédé de choix.

Voilà les deux traitements ayant chacun leurs indi-
cations et répondant à la majorité des cas et qui, conju-
gués, donnent les meilleurs résultats.

Quant aux autres méthodes, elles ont toutes à leur
actif un pronostic foetal désastreux et doivent entrer
dans le cadre des mesures de fortune ou d'exception.

3° Nous avons vu, en outre, que la conduite thérapeu-
tique dépendait beaucoup des conditions dans lesquelles
on se trouvait et qu'il serait souhaitable de ne soigner
ces femmes qu'en milieu obstétrical bien organisé, ou
centre chirurgical.

4° Le traitement médical viendra compléter heureusement l'action du traitement obstétrical ou chirurgical. La transfusion sanguine peut rendre les plus grands services, en ce cas, non seulement pour lutter contre l'anémie aiguë, mais encore contre les dangers d'infection.

Vu : Le Doyen,
TIFFENEAU

Vu : Le Président de Thèse,
JEANNIN

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Bar, Brindeau et Jeannin. — La pratique de l'art des Accouchements.

Couvellaire. — Revue Française de Gynécologie et Obstétrique. 1921 et 1935.

Paul Delmas. — Au sujet de la conduite à tenir en cas d'hémorragie par placenta praevia. (Paris Médical, N° 50, 16 nov. 1933.)

Desoubry. — Les interventions chirurgicales dans le traitement du placenta praevia. (Thèse de Paris, 1925.)

Grosse. — Traitement chirurgical des Hémorragies par placenta praevia. (Gynécologie et Obstétrique, 1920.)

Lévy-Solal et Tzanck. — La transfusion sanguine en Obstétrique. (Presse Méd., 10 déc. 1927.)

Lévy-Solal et Sureau. — Hémorragies obstétricales. (Presse Méd., 21 et 24 nov. 1936.)

— Indications thérapeutiques dans le placenta praevia. (Presse Méd., 15 déc. 1934.)

Mercier. — Contribution à l'étude du traitement des hémorragies du placenta praevia. (Thèse de Paris, 1933.)

Paucot et Reeb. — Rapport au VIII^e Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française. Paris, 5-7 oct. 1933.

— Traitement des Hémorragies par insertion basse du placenta. (Echo Méd. du Nord du 20 mai 1934.)

A. Roume. — Le traitement chirurgical du placenta praevia. (Revue Française de Gyn. et Obst., janvier 1933.)

Ribemont, Dessaignes et Lepage. — Traité d'Obstétrique.

Ravina. — La place de la césarienne vaginale dans la thérapeutique des hémorragies par insertion vicieuse. (Revue Médicale Française, juin 1936.)

Vignes. — Concours médical du 8 nov. 1933.

D. Findley. — Ottawa Neb. (Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, sept. 1939.)

— Traitement du placenta praevia. (Analyse de 47.828 cas.)

Jeannin. — L'insertion vicieuse du placenta. (Journal des Praticiens, 1^{er} avril 1933.)

Tisserand et Vignes. — A propos de la méthode de Willet. (Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, 1937.)

Loyd et Griesen. — Traitement du placenta praevia. (Revue de 286 cas. The British Med. Journal.)

